



Unión Argentina de Rugby

# AÑO 2010

## EVALUACION PRE COMPETITIVA MENORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel. Alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de E-Mail: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Numero de Afiliado: \_\_\_\_\_

División en que juega: \_\_\_\_\_ Posición en que juega: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Índice de Torg: \_\_\_\_\_

**Club de Rugby Los Tilos**

**Unión de Rugby de Buenos Aires..**

<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Fue operado en los últimos 4 meses?		
Toma regularmente alguna medicación?		
Estuvo internado en el último año?		
Sufre de hormigueos en las manos?		
Es diabético?		
Es asmático?		
Es alérgico?		
Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
Tiene desviación de columna?		
Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
Tiene dolores articulares?		
Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

.....  
Fecha

.....  
Firma de (Padre, Madre o Tutor)  
Aclaración:  
D.N.I.:

**Continúa al dorso →**



Unión Argentina de Rugby

---

---

### **FICHA MEDICA**

---

---

**Apto Médico para ser completado por médico clínico o cardiólogo luego de evaluar:**

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardíaca
- ✓ Tensión arterial
- ✓ Pulsos periféricos
- ✓ Rutina de laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax (al ingreso y cada 5 años desde M15)
- ✓ Radiografía de columna cervical perfil con medición de índice de Pavlov y Torg (al ingreso al deporte)
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergonómica graduada
- ✓ Ecocardiograma (al ingreso y cada 5 años desde M15)

El Sr. ....,  
D.N.I. N°o. ...., es apto para la práctica federada de Rugby,  
habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompaña  
el presente.-

Fecha:.....

.....  
Firma y Sello del Médico

---

### **AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS**

Yo .....  
en mi carácter de: (\*) ....., autorizo a mi hijo:.....  
....., con D.N.I. ....,  
a integrar equipos representativos del **Club de Rugby Los Tilos**, tanto para actuar como  
jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal  
participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el  
anverso del presente.-

(\*) padre, madre o tutor

Fecha:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.:

Firma :.....